alcoologie et addictologie
ISSN 1620 - 4522

# De la prévention au soin
# Pragmatisme et efficience en alcoologie

**Les Journées de la Société Française d'Alcoologie**
**Mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 mars 2014**
*Cité internationale universitaire, Paris*

PRINCEPS Éditions
Tiré à part (à paraître)
JUIN 2014 - Tome 36, n° 2

Société Française d'Alcoologie

19, 20 et 21 mars 2014, Maison internationale, Paris

# Les Journées de la SFA

Résumés des communications

## De la prévention au soin
## Pragmatisme et efficience en alcoologie

Coordination : Pr Henri-Jean Aubin, Dr Philippe Batel, Mme Micheline Claudon, Dr Benoît Fleury, Pr Michel Lejoyeux, Pr François Paille, Dr Didier Playoust, Dr Alain Rigaud

• **Mercredi 19 mars 2014**

## Prévention : constat et perspectives

Président : Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)
Modérateur : Dr Benoît Fleury (Bordeaux)

### Du plaisir aux dommages : les représentations en question

10 h 00

***Les représentations sociétales de l'alcool et de sa consommation : les paradoxes français***
Dr Alain Rigaud (Reims)

Les dommages sanitaires et sociaux induits par la consommation d'alcool en France sont connus et bien mesurés, et justifient l'objectif d'en réduire le niveau global de manière significative, inscrit dans la loi de santé publique de 2004. Pourtant, les politiques publiques ne cessent de balancer entre mesures relatives à l'offre et défense des intérêts économiques et des producteurs, tandis que le coût social de l'alcoolisme reste la forêt cachée par l'arbre des recettes fiscales immédiates et que l'on ne cesse de valoriser la consommation en prétendant lutter contre l'abus.
Le terme "alcoolisme", sous l'égide duquel reste inscrite la prévention, entretient dans le corps social des représentations erronées au regard des réalités scientifiques et marquées par un dualisme manichéen. Ce dualisme, qui oppose le bien boire et sa convivialité au mal boire des rustres et des malades, fait obstacle à une perception exacte des conduites d'alcoolisation et du risque alcool, à la nécessité de les prévenir et à l'élaboration de stratégies adaptées pour y parvenir.

10 h 15

***Les représentations des dommages***
Dr Philippe Batel (Clichy)

10 h 30

***Place de l'alcool dans la promotion de la santé en France : les stratégies validées et leurs limites***
Dr Pierre Arwidson (Saint-Denis)

Dans un premier temps, nous proposerons un panorama d'actions de promotion de la santé dans le domaine de l'alcool réalisées sur le territoire français. Ceci sera fait à partir d'un travail de repérage des actions de terrain dans les domaines du tabac, de la nutrition et de l'alcool (Sauvion, Peronet, Inpes, 2011). Nous décrirons les 13 actions de terrain retenues par ces auteurs, le thème abordé, le public cible, les approches mobilisées et l'évaluation proposée.
Ensuite, nous présenterons les principales conclusions et tendances de la littérature scientifique décrivant l'évaluation des actions de prévention dans le domaine de l'alcool à partir des synthèses internationales disponibles (Guillemont, *Santé Publique*, 2013 ; Expertise collective Addictions, Inserm, 2014...).
Puis, nous terminerons par les enjeux que représentent la rencontre des actions de terrain et les interventions validées. Quel équilibre entre les actions imaginées par les opérateurs de terrain et les actions validées ailleurs, et souvent à l'étranger, et que l'on chercherait à implanter (*Strengthening families program* – SFP par exemple) ? Comment pourrait-on réconcilier ces deux approches dans un double objectif d'améliorer la santé de la population et d'optimiser les ressources disponibles ?

11 h 30

Le Plan gouvernemental 2014-2017 : quels objectifs, quels moyens ?
Table ronde

Intervenants :
Mme Danièle Jourdain-Menninger (Mildt)
Dr René Demeulemeester (FNES)
Pr Pierre Lombrail (SFSP)
Pr Michel Reynaud (Villejuif)

## Prévention : promotion de la santé

Président : Pr Michel Lejoyeux (Paris)
Modérateur : Dr Alain Rigaud (Reims)

14 h 30

***Le principe de prévention, aspects éthiques et philosophiques***
Pr Jean-Paul Moatti (Marseille)

14 h 50

***Prévention universelle ou prévention sélective ?***
Dr François Bourdillon (Paris)

La question "Prévention universelle ou prévention sélective ?" appelle une autre interrogation : prévention de quoi, de l'alcoolisme, du risque alcool, des dommages sociaux ?

Préventions universelle et sélective sont toujours opposées alors que ces stratégies sont clairement complémentaires. La communication reviendra :
- sur la politique publique ;
- sur les démarches menées en France de manière généraliste et celles ciblées sur des groupes de population ;
- sur les modes de prévention en population versus les démarches centrées sur les individus, notamment en termes de réduction des risques ;
- sur les besoins : d'indicateurs, de continuité des actions et des financements et de relais de terrain.

15 h 10

***Les méthodes validées de promotion de la santé***
Dr Réal Morin (Québec)

Dès 1946, l'Organisation mondiale de la santé définissait la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). En 1986, à Ottawa, lors de la première grande Conférence internationale en promotion de la santé, la santé était présentée comme une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie. La Charte d'Ottawa demeure, 28 ans plus tard, un guide phare des actions visant à améliorer la santé des populations. Elle a fait faire un bon prodigieux à la promotion de la santé. Promouvoir la santé veut dire : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé et acquérir des aptitudes individuelles (OMS, 1986).

Au cours des années 1970 et 1980, on a observé un développement accéléré de recherches et d'expérimentations visant l'acquisition des aptitudes individuelles pour des comportements favorables à la santé. On a mis en place une multitude de programmes conçus pour convaincre les gens de modifier leurs comportements. Cependant, on s'est vite rendu compte qu'influencer les comportements individuels était une tâche difficile, qui donnait des résultats limités. Dans les pays industrialisés où les principales causes de mortalité sont les maladies chroniques, on prend pour acquis que la solution passe par des gens qui apprennent à se nourrir mieux, à cesser de fumer, à faire de l'exercice physique et à boire avec modération. On dit que les gens sont responsables de leur état de santé et des maladies qui les affligent. Or, depuis les années 1980, la connaissance des déterminants sociaux de la santé est venue donner une image beaucoup plus nuancée et réaliste de la responsabilité individuelle en matière de santé. Dans les programmes de promotion de la santé, on a vu émerger une panoplie de mesures destinées à créer des environnements favorables à la santé.

Il est rarement possible d'agir efficacement en matière d'environnements favorables sans passer par l'adoption de politiques publiques affichant la santé comme valeur phare. Par exemple, en 2004 au Québec, des partenaires de santé publique avaient lancé un vibrant appel à la mobilisation pour s'attaquer à l'obésité grandissante. Deux ans plus tard, en vue de favoriser une saine alimentation, un mode de vie physiquement actif et la promotion de normes sociales valorisant les saines habitudes de vie, le Gouvernement a lancé un plan qui engage dans l'action trois secteurs stratégiques : les secteurs agroalimentaires, de l'environnement bâti et du socioculturel. En promotion de la santé, c'est ce que l'on appelle l'action intersectorielle pour des politiques publiques saines. Il s'agit d'un défi de longue haleine, mais dans les faits, davantage maintenant que jamais auparavant on sent l'engagement collectif des différents acteurs de la société.

Le Conseil des ministres se penche actuellement sur une politique nationale de prévention où les efforts consisteront à mettre de la santé dans toutes les politiques, faisant ainsi écho au thème de la 8ème Conférence internationale en promotion de la santé qui s'est tenue à Helsinki en juin 2013. L'intégration de la consommation d'alcool comme déterminant de la soixantaine de problèmes sociaux et de santé documentés par les experts mandatés par l'OMS est un défi de taille. Les experts ont aussi documenté que ce sont les mesures visant la création d'environnements favorables qui ont démontré la plus grande efficacité. La mise en place de telles mesures se butent toutefois à des opinions publique et politique peu sensibles et à l'opposition de l'industrie. La conséquence est le confinement des interventions préventives dans le créneau de la responsabilité individuelle. En ce qui concerne la consommation d'alcool, il faudra donc redoubler d'efforts pour adopter une logique de promotion de la santé.

15 h 45

***De l'implicite à l'explicite : pour une formation des non-spécialistes***
Mme Micheline Claudon (Colombes)

De nombreux acteurs du champ social, paramédical ou médical, sont les premiers interlocuteurs de patients encore dans le déni de leur problème d'alcool ou ambivalents pour entreprendre une démarche de soins.

Cet accompagnement, qui se situe bien en amont du soin, s'appuie sur le lien d'attachement actif tout au long de la vie... "Du berceau à la tombe" (Bowlby, 1988).

Trop souvent encore, ces intervenants ne s'accordent pas de légitimité pour poser les premiers mots et devenir partenaires du soin. Ils interpellent les "spécialistes en addictologie" qu'ils considèrent comme les seuls capables d'amener les patients vers une décision thérapeutique.

Nous interrogeons ici, la place et l'intérêt de

la formation pour ces non-spécialistes, afin qu'ils s'approprient cette réflexion de Louise Nadeau : "P*eu importe la manière dont on s'occupe du patient, l'important c'est de s'en occuper, car ce qui compte c'est une présence humaine forte, impliquée... Le patient, lui, a besoin de quelqu'un à qui faire confiance et qui le sécurise. Le patient prend ce qu'il veut en nous là où il a besoin de s'attacher...*".
Une formation de ces acteurs de l'ombre pourrait les aider à mieux comprendre et accepter les enjeux et les limites de leur intervention et de leur implication dans ce parcours.

16 h 05

La prévention basée sur les preuves

Table ronde

Intervenants :
Dr Thanh Le Luong (Inpes)
M. Serge Karsenty (APA)
Dr Michel Craplet (Anpaa)
Représentant de la DGS

Dr Michel Craplet (Anpaa)

La prévention du risque alcool pourrait aujourd'hui être basée sur des études scientifiques. Cependant l'acceptation sociale des mesures dont l'efficacité a été prouvée est faible et la volonté politique manque pour leur mise en œuvre en dépit des vœux pieux exprimés par de nombreux intervenants. Il est vrai que, dans certaines études, la prise en compte des facteurs culturels n'est pas toujours satisfaisante. Même dans notre monde globalisé, les manières de table et les modes de consommation d'alcool résistent souvent à l'uniformisation de la mondialisation.
Il est démontré que le contrôle de l'offre d'alcool est efficace. Par ailleurs, la faible efficacité des actions éducatives, souvent mise en avant, doit être analysée en détails. Il est facile de s'apercevoir alors des présentations biaisées de certaines études et de conclure que l'information et l'éducation jouent un rôle et que leur efficacité pourrait être augmentée assez facilement.
Du fait de ces confusions, et en raison des difficultés de mise en œuvre sur le terrain des mesures décrites comme efficaces, "on" demande d'autres études, à la grande satisfaction des producteurs d'alcool. Alors, "pendant l'inventaire, la vente continue" avec ses conséquences dommageables pour la santé et la sécurité des citoyens.

**• Jeudi 20 mars 2014**

# Prévention : populations-cibles et stratégies sélectives

Président : Dr Philippe Michaud (Clichy)
Modératrice : Dr Anne-Marie Brieude (Blois)

## Repérage précoce et intervention brève – RPIB, méthode d'intervention précoce

9 h 00

***En médecine générale, le repérage fait prendre en charge***
Dr Philippe Binder (Lussant)

En médecine générale, un patient sur cinq a un problème lié à la consommation d'alcool sans être un motif de consultation. La plupart (90 %) trouvent normal d'être interrogés à ce sujet, pourtant seulement 8 % le seraient.
En Poitou-Charentes, nous avons recueilli auprès de 378 généralistes des données qui confortent celles du Baromètre santé 2009. Le niveau d'investissement des généralistes sur l'alcool se situe entre celui sur le tabac : massif, et celui sur les opiacés : sélectif. Si 97 % pensent que c'est leur rôle d'intervenir, 69 % trouvent facile d'aborder le sujet et 43 % ont fait une prise en charge dans les sept jours. Leur investissement s'accroit avec l'âge et 84 % se font aider, surtout les femmes.
Notre réseau addiction régional développe trois outils de soutien avec une idée simple : le repérage fait prendre en charge.
1 - Un délégué visite chaque généraliste à son cabinet pour des messages de base : interroger simplement plutôt que de diagnostiquer ; reconnaître le plaisir avant d'intervenir ; s'accorder sur un objectif très limité, puis l'évaluer.
2 - Des groupes ressources locaux (GRAL) réunissent les professionnels (indemnisés) autour des situations complexes.
3 - Des psychologues libéraux indemnisés accompagnent les personnes évaluées.

9 h 30

***Le RPIB : succès et limites***
Dr Philippe Castera (Bordeaux)

Contexte : la France a intégré le programme *Less is better* de l'Organisation mondiale de la santé en 1998. Malgré quelques succès, la pratique du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) demeure très insuffisante.
Méthodologie : l'objectif de cette présentation est de réaliser une synthèse narrative de la littérature, qui analyse les succès et limites, les atouts et faiblesses du RPIB "alcool", tel qu'il s'est développé en France. La recherche documentaire a été réalisée en novembre 2013.
Résultats : les efforts des pouvoirs publics pour soutenir le développement du RPIB en France sont significatifs, mais trop fragiles pour en permettre une diffusion nationale homogène. Malgré tout, l'implication de certains promoteurs et financeurs a permis des réussites locales. Les seuils de risque actuellement retenus sont discutés et variables selon les recommandations françaises. Les interventions brèves ont prouvé leur efficacité à court terme et sur des critères intermédiaires, comme la diminution de la consommation déclarée d'alcool.
Conclusion : nous proposons de diversifier les modalités du RPIB selon les professionnels, les contextes et les publics. Une approche opportuniste, centrée sur les usages nocifs et les situations à risque immédiat, semble plus pragmatique en médecine générale.

Présidente : Dr Claudine Gillet (Nancy)
Modérateur : Dr Didier Playoust (Andernos-les-Bains)

## Alcoolisation des jeunes

10 h 30

***Les limites d'une prévention chez les jeunes***
Pr Martine Daoust (Amiens)

11 h 00

***Intervenir auprès des jeunes***
M. Matthieu Chalumeau (Rennes)

Les méthodes efficaces, les intervenants pertinents et les outils prometteurs pour intervenir auprès des jeunes sont aujourd'hui bien documentés, bien qu'insuffisamment connus et mis en œuvre. Plusieurs présentations lors de ces Journées viendront préciser l'état des connaissances dans ce domaine.
Cette présentation se concentrera sur les résultats de travaux menés par l'AIRDDS en 2013 : mieux utiliser Internet et le mobile en préven-

tion et réduction des risques. Ce travail a fait l'objet d'un guide à l'attention des décideurs publics et des acteurs au contact des populations, ainsi qu'un *motion design* présentant sous une forme visuelle (vidéo, infographie et animations) les principaux résultats. Les outils numériques ne vont pas transformer la prévention des conduites addictives. En revanche, ils ont le potentiel pour la faire évoluer, à condition de se saisir de cette opportunité qui peut réinterroger les pratiques professionnelles des acteurs de prévention face à leur public. Un public dont les besoins et attentes sont, dans le fond, toujours les mêmes, mais qui peuvent évoluer dans la forme. Les outils numériques offrent cette possibilité de compléter les stratégies d'intervention pour essayer de faire encore mieux et différemment... sans en attendre de miracles car les mesures d'évaluation montrent bien que les effets sur les comportements des jeunes restent faibles.

Résumons : prévenir les conduites addictives avec les outils numériques (sites Internet, médias sociaux, applications mobiles, jeux sérieux...) c'est nécessaire et possible, mais en respectant certaines conditions...

Nécessaire et possible, car :

- les jeunes sont massivement équipés de ces outils et présents sur les réseaux sociaux numériques ;
- les acteurs de prévention doivent être là où les jeunes sont ! ;
- le potentiel technologique de ces outils permet de concevoir des interventions très performantes et personnalisées ;
- la plupart des études scientifiques montrent un impact peut-être faible mais réel sur les modifications de comportement dans le domaine de la prévention et du soin, et cet impact pourrait s'accroître avec le perfectionnement des outils et la sophistication des programmes proposés.

Cependant, des conditions doivent être respectées :

- prendre en compte les inégalités numériques qui existent entre les jeunes et développer les "*capacités de trouver, comprendre, évaluer et communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie*", ce que l'on appelle la littératie en santé (définition canadienne) ;
- s'assurer de l'utilisabilité des technologies proposées : adopter une conception centrée sur l'utilisateur et co-construire avec les groupes de jeunes ciblés ;
- veiller à ce que les programmes proposés suivent les recommandations scientifiques d'efficacité les plus récentes (aujourd'hui : présenter des informations, développer des compétences, avoir une approche motivationnelle, proposer une auto-évaluation et des rétroactions normatives personnalisées) ;
- disposer de moyens humains et financiers pour développer, maintenir et faire évoluer les outils créés, et s'organiser en conséquence avec tous les partenaires nécessaires au projet ;
- être prêt à réinterroger ses pratiques professionnelles de prévention pour les adapter si besoin ;
- appliquer les critères de qualité de tout projet de prévention des conduites addictives (état des lieux préalable, participation des acteurs, non-moralisation, respect du cadre réglementaire sur les produits, évaluation...) et prendre en compte les critères spécifiques de la prévention avec des outils numériques (connaissance des usages de ces outils par les publics ciblés, connaissances techniques sur les outils, réglementation : mentions légales, respect de l'anonymat et des données personnelles...) ;
- et, bien sûr, être soutenu méthodologiquement et financièrement par des institutions.

11 h 30

### Pour une prévention territoriale auprès des jeunes : les conditions institutionnelles

Table ronde

Intervenants :
Mme Delphine Vilain (ARS)
Représentant de la DGS

## Prévention : Communications libres

Président : Dr Yannick Le Blévec (Astillé)
Modérateur : Dr Frédéric Brouzes (Pointe-Noire)

14 h 00

### *Hospitalisation de sevrage complexe en urgence : pragmatisme et efficience*

Dr Julien Azuar, Dr Frank Questel, Dr Éric Hispard, Dr Florence Vorspan, Pr Frank Bellivier (Paris)

Contexte : l'hospitalisation est rarement proposée au patient alcoolo-dépendant consultant aux urgences, au motif qu'un sevrage de l'alcool doit être motivé et travaillé en amont.

Objectif : comparer l'adhésion au suivi addictologique de patients hospitalisés pour des sevrages complexes non programmés initiés par un passage aux urgences et celui de patients hospitalisés pour des sevrages complexes programmés à partir de la consultation d'addictologie.

Méthode : étude rétrospective cas-témoins comparant deux groupes de 60 patients consécutifs, les uns hospitalisés par les urgences, les autres de façon programmée par la consultation. Les caractéristiques cliniques des patients et leur adhésion au suivi addictologique proposé dans l'année suivant la sortie sont décrites et comparées.

Résultats : les patients hospitalisés via les urgences sont significativement plus âgés, ont plus de comorbidités somatiques, ont moins souvent un emploi et nécessitent un séjour plus long. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le pourcentage de venue aux rendez-vous de suivi (au moins une consultation : 57 % versus 61 % ; p = 0,227). Les facteurs prédictifs de leur venue à au moins une consultation de suivi après la sortie sont le sexe féminin, le fait d'avoir un domicile et un médecin traitant déclaré. Ceux prédictifs de leur venue à au moins cinq consultations sont une alcoolo-dépendance plus récente et l'existence d'un suivi addictologique antérieur.

Conclusion : l'hospitalisation pour sevrage complexe à partir des services d'urgence peut être une porte d'entrée pragmatique et efficiente dans la filière de soins addictologiques pour les patients alcoolo-dépendants.

14 h 15

### *Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage et de vaccination contre le virus de l'hépatite B chez des patients hospitalisés pour une conduite addictive*

Dr Pierre Lahmek, Dr Nadine Meunier, Dr Ève Bettach, Dr Jean-Baptiste Trabut, Dr Mohamed-Ali Gorsane, Dr Sylvain Balester-Mouret (Limeil-Brévannes)

Contexte : le virus de l'hépatite B (VHB) est une cause majeure d'hépatite chronique et de cancer du foie chez les usagers de drogues (UD). En France, les UD ont une séroprévalence

des marqueurs du VHB importante (27 à 56 %) et une faible couverture vaccinale (15 à 30 %). Le renforcement de la vaccination contre le VHB chez les UD est l'une des mesures de la politique de prévention des risques, mais sa mise en place dans un cadre institutionnel est peu évaluée.

Le but de notre travail était de rapporter notre expérience de la mise en place d'un dépistage systématique des marqueurs sériques du VHB et d'une proposition vaccinale chez des patients hospitalisés pour une conduite addictive. Patients et méthode : de novembre 2011 à décembre 2013, nous avons effectué chez des patients hospitalisés un dépistage systématique des marqueurs sériques du VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) ; une vaccination était systématiquement proposée chez les patients non immunisés contre le VHB (Ac anti-HBs$^-$). Un recueil informatisé des facteurs de risque d'infection par le VHB et des caractéristiques cliniques et biologiques des patients était également effectué. Afin d'apprécier la pertinence de la démarche, nous avons défini des patients éligibles à la vaccination selon les critères suivants : présence d'un facteur de risque d'infection par le VHB et accord pour la vaccination, et des patients non éligibles à la vaccination (absence de facteur de risque et/ou refus et/ou contre-indication à la vaccination). Résultats : 468 patients ont été inclus dans l'analyse. 201 (43 %) n'étaient pas immunisés contre le VHB dont 180 (38 %) n'avaient aucun marqueur sérique du VHB. Parmi ces 180 patients, 83 (46 %) avaient un facteur de risque d'infection par le VHB (PFDR$^+$) et 97 (54 %) n'en avaient pas (PFRD$^-$). Parmi les 83 PFDR$^+$ : 62 (75 %) ont eu une proposition de vaccination dont 37 (45 %) ont été vaccinés et 25 (30 %) n'ont pas été vaccinés (19 refus et six sortis précocement) ; 21 (25 %) n'ont pas eu de proposition de vaccination (neuf sortis précocement, 11 oublis, une contre-indication). Parmi les 97 PFDR$^-$ : 28 (29 %) ont eu une proposition de vaccination dont 12 (12 %) ont été vaccinés et 16 (16 %) ont refusé la vaccination ; 69 (71 %) n'ont pas eu de proposition de vaccination. Pertinence de la démarche : 37 patients vaccinés pour 63 patients éligibles (59 %) et 105 patients non vaccinés sur 117 patients non éligibles (90 %).

Conclusion : ce travail confirme le faible taux de protection contre le VHB chez les patients hospitalisés pour une conduite addictive alors que, paradoxalement, près de la moitié de ces patients ont un facteur de risque d'infection par le VHB. La mise en place d'un programme de dépistage et de vaccination contre le VHB chez des patients hospitalisés paraît théoriquement pertinente, mais semble en pratique perfectible, en particulier dans sa capacité à vacciner l'ensemble des patients éligibles. Cela doit nous inciter à adapter notre prise en charge à cette exigence.

14 h 30

### *Pharmacocinétique du baclofène chez le patient alcoolo-dépendant et implication clinique*

Pr Nicolas Simon, Dr Bruce Imbert,
Dr Isabelle Jaquet, Pr Jean-Claude Alvarez
(Marseille)

Introduction : le baclofène est utilisé en France dans la diminution de consommation d'alcool et/ou le maintien de l'abstinence. Les modalités de cette administration ne sont pas encore parfaitement identifiées. L'objectif de cette étude est de déterminer les profils de concentration et d'identifier la nature de la relation entre la dose administrée et l'effet.

Matériel et méthode : tous les patients alcoolo-dépendants suivis en hôpital de jour avec une prescription contrôlée de baclofène ont été inclus dans cette analyse. À l'occasion des bilans biologiques, des concentrations de baclofène ont été mesurées. Lors des visites de contrôle, des évaluations de la réponse sur le *craving* (OCDS), la consommation d'alcool résiduelle (grammes d'alcool/semaine) et la tolérance ont pu être réalisées. Une analyse pharmacocinétique/pharmacodynamique par régression non linéaire à effets mixtes a été possible (NONMEM).

Résultats : 37 patients avec des doses allant de 30 à 240 mg ont été inclus dans l'étude. Un modèle cinétique a pu être développé, qui a retrouvé une demi-vie de 5,6 heures sans saturation de l'élimination. La clairance était de 9,9 L/h, le volume de distribution de 81 L et la constante d'absorption de 4,5 $h^{-1}$. La variabilité interindividuelle était de 56 % pour la clairance et de 68 % pour le volume de distribution. À partir de ce modèle, il a été possible d'apprécier l'exposition individuelle au baclofène et d'étudier sa relation avec l'évolution des effets attendus.

Discussion : le baclofène présente un profil cinétique linéaire dans une gamme de dose allant de 30 à 240 mg par jour. Toutefois, il est observé une variabilité interindividuelle qui rend nécessaire une adaptation individuelle pour obtenir une exposition équivalente. La relation entre les courbes d'OCDS ou de consommation résiduelles d'alcool et les expositions vont permettre de définir un rythme d'administration ainsi qu'une formulation optimale.

15 h 00

### *Prévenir et réduire les conduites à risque des jeunes sur l'espace public en contexte festif*

Mme Élodie Crochet (Paris),
Mme Laure Bény, M. Mathieu Daviau

Contexte : forte de son expérience en matière d'actions de prévention et de réduction des risques menées dans des villes étudiantes, l'ANPAA a développé un savoir-faire et des compétences adaptés à ce contexte particulier d'intervention. Dialoguer avec un public festif, accompagner des jeunes dans leurs réflexions sur leurs consommations de produits et parfois accompagner la détresse liée à la consommation de produits psychoactifs ne va pas toujours de soi, d'autant plus dans un contexte où la nuit et la fête sont parfois le lieu et le moment de la transgression, de l'initiation et du plaisir. Cette pratique nécessite de s'inscrire dans une éthique d'intervention et dans une démarche autour de l'écoute des publics rencontrés.

Objectifs : prévenir les risques et réduire les dommages des jeunes ayant des pratiques à risques liées à l'usage de substances psychoactives. Favoriser la réflexion des jeunes sur leur relation aux produits et celle de leur entourage. Améliorer le développement des compétences des jeunes ayant des pratiques festives pour un comportement responsable. Améliorer l'orientation des jeunes vers les structures adaptées à leurs besoins. Développer la prévention par les pairs. Améliorer la coordination, le partenariat avec les autres acteurs (festif, sécurité, santé).

Modalités d'intervention : interventions menées par une équipe mobile identifiée, composée de professionnels et de volontaires. Les volontaires formés, accompagnés de professionnels, agissent dans le cadre d'une mission de prévention par les pairs, dans une démarche d'aller vers les jeunes pour les informer, leur proposer une évaluation de leur consommation, les sensibi-

liser aux différents risques, les conseiller et les orienter, dans une approche sécurisante, non jugeante et non moralisatrice.
Exemples d'actions : Noz'ambule à Rennes ; Tendances alternatives festives à Bordeaux ; Fêtons plus risquons moins à Toulouse ; Fêtez clairs à Paris.

15 h 15

***De la prévention au soin, pragmatisme et efficience en alcoologie : point de vue d'un Alcoolique Anonyme***
M. Claude J. (Rennes)

Je suis membre des Alcooliques Anonymes et de la SFA. Aujourd'hui, 20 mars, est une date-clé dans ma vie, celle de ma rencontre avec les AA en 1978.
Ma phase prévention se résume en quelques épisodes jalonnant de fréquentes périodes de dépression : médecins me questionnant sur ma consommation d'alcool et apparemment rassurés par des réponses mensongères ; responsables en milieu de travail regrettant mon manque de sobriété tout en me congédiant.
L'épisode déterminant pour mon entrée en soins se situe début mars ; j'allais avoir 50 ans. Alors que je suis plus souvent couché que debout, bourré d'antidépresseurs, ma femme demande rendez-vous à un kinésithérapeute dans l'espoir d'une "réenergétisation" par massages. Questionnée sur mon passé, elle décline : divorce, éloignement des enfants, chômage, dépression, établissement psychiatrique, suicide du père... Hasard ! Il détecte mon alcoolisme car lui-même est AA. Je rejette son diagnostic. Quelques semaines plus tard, autre hasard, je passe une nuit en cellule de dégrisement. Humilié, je touche le fond et me rends à une réunion AA le lendemain de ma libération.
Stupéfaction : tous vont bien, sauf moi. Ils se déclarent malades alcooliques et n'ont pas bu, ce jour-là. Un témoignage, sorte de cadeau de bienvenue, décrit presque intégralement mon parcours. Je m'identifie et décide d'entrer en "soins intensifs", pendant deux mois de réunions journalières. En six jours, je deviens abstinent, et ce, jusqu'à ce jour.
Mais, si l'abstinence est nécessaire pour stopper l'évolution de la maladie, elle est loin d'être suffisante. Il m'a fallu me libérer aussi de mes déficiences essentielles : orgueil, angoisse, tromperie, excès d'émotivité, remplacés progressivement et respectivement par humilité, confiance, vérité et sobriété émotionnelle.
Soins et prévention sont devenus, un jour à la fois, interdépendants, pour moi comme pour ceux que j'aide. Étonnant, sans doute, mais ça marche : je détiens le mode d'emploi pour vivre bien et sans alcool.

15 h 30

***Synthèse des communications affichées***

15 h 45

***Historique de la prévention***
Dr Michel Craplet (Paris)

La prévention du risque alcool a déjà une longue histoire. Nous en connaissons des traces écrites et des images remontant à nos origines culturelles dans les civilisations babylonienne, égyptienne, judéo-gréco-romaine et chrétienne. Jusqu'à la Révolution industrielle exista un discours moral ou humaniste de prévention faisant référence à ces approches anciennes. C'est alors, au cours du XIX$^{ème}$ siècle, qu'elle prit son visage moderne dans les pays occidentaux. Progressivement, les responsables de la santé publique demandèrent que la prévention s'appuie sur les données de la science en abandonnant le terrain de l'idéologie et de la morale. Aujourd'hui, c'est l'ambition déclarée de tous.
Cependant, la prévention garde le poids historique et culturel de son histoire ancienne, avec ses erreurs, ses clichés, mais aussi ses rêves. Elle doit assumer cette richesse humaine, en tenant compte de notions modernes comme l'inconscient ou la pulsion de mort. De cette façon, elle ne tombera pas sous le coup des accusations simplistes d'opposants parlant au nom de la liberté et défendant un libéralisme favorable avant tout aux intérêts des opérateurs économiques.

**• Vendredi 21 mars 2014**

## L'actualité du soin en alcoologie

Président : Pr Romain Moirand (Rennes)
Modérateur : Pr Amine Benyamina (Villejuif)

9 h 00

***Quelle validité des Recommandations de la SFA après une décennie ?***
Dr Benjamin Rolland (Lille)

Les consensus et recommandations pour la pratique clinique (CRPC) sont des documents visant à apporter une synthèse des connaissances et conduites à tenir sur une thématique médicale spécifique. Les CRPC sont rédigés par un collectif représentatif des différents acteurs impliqués et se basent sur les connaissances médicales les plus récentes, mais aussi sur l'évolution des pratiques médicales et des politiques de santé. Par nature, les CRPC ont donc un niveau de validité qui se périme au fil du temps. En France, deux CRPC relatifs à la prise en charge de l'alcoolo-dépendance ont été publiés en 1999 et 2001. La décennie qui nous sépare de ces textes a été riche de données scientifiques nouvelles et d'évolution des pratiques. Quelle est, en 2014, la validité de ces documents si on les compare aux CRPC les plus récents publiés à l'étranger ?
Sur le contenu, de nombreuses recommandations semblent toujours valides aujourd'hui, notamment sur l'utilisation des principaux outils pharmacologiques disponibles. En revanche, les CRPC français antérieurs étant restés centrés sur l'alcoolo-dépendance, ils n'abordaient pas les autres formes de mésusage d'alcool, qui sont pourtant les situations les plus fréquemment rencontrées par les professionnels de santé. Par ailleurs, les CRPC de 2001 se basaient sur un modèle de soins uniquement articulé autour d'un objectif d'abstinence. Depuis dix ans, les concepts de "réduction de consommation" ont petit à petit diffusé dans les pratiques cliniques et la recherche médicale, soit comme objectif pragmatique de réduction des dommages, soit chez certains patients comme objectif thérapeutique en tant que tel. Sur la forme, les CRPC de 2001 présentaient un

niveau méthodologique parfois insuffisant dans la justification scientifique des textes publiés. Les futures CRPC françaises devront dépasser le seul champ de l'alcoolo-dépendance, aborder les nouvelles pratiques de réduction de consommation et se montrer plus rigoureux sur la justification méthodologique des positions retenues.

9 h 30

***Traitements médicamenteux : de la neurobiologie à la thérapeutique***
Pr Maurice Dematteis (Grenoble)

La consommation d'alcool entraîne de nombreuses modifications neurobiologiques aiguës et chroniques à l'origine des phénomènes de plaisir, d'euphorie, mais aussi de tolérance ou accoutumance, de mal-être, de manque, de sevrage, de perte de contrôle et de *craving*. Ce dernier représente désormais un critère diagnostique (DSM-5), mais aussi pronostique (risque de rechute) et une cible thérapeutique. Le *craving* est en effet sous-tendu par différentes dysrégulations neurobiologiques, notamment des systèmes dopaminergiques et opioïdergiques pour le *craving* de récompense, et de la balance GABA-glutamate pour le *craving* de soulagement. Ces neurotransmissions sont d'ailleurs les cibles des traitements actuels et en cours d'évaluation, comme les agonistes GABA-A (benzodiazépines) pour prévenir le syndrome de sevrage, les agonistes GABA-B (gamma-hydroxybutyrate ou GHB, baclofène) et les antagonistes glutamatergiques (acamprosate, topiramate) pour maintenir l'abstinence et/ou prévenir la rechute. Le système opioïdergique a été principalement considéré à travers sa transmission $\mu$ qui contribue à activer le circuit de la récompense et dont le blocage permet de prévenir les rechutes (naltrexone) ou réduire les consommations (nalméfène). La transmission $\kappa$ du système opioïdergique fait désormais l'objet d'attention puisque son renforcement au cours d'une alcoolisation chronique pourrait contribuer à un état dysphorique qui pérenniserait les consommations et/ou favoriserait les rechutes.

10 h 30

Un nouveau traitement pour les patients dépendants de l'alcool
Symposium Lundbeck

# Pour une prise en charge pragmatique et efficiente

Président : Dr Paul Kiritzé-Topor (Angers)
Modératrice : Pr Florence Thibaut (Paris)

14 h 15

***Ce que l'entretien motivationnel n'est pas***
Pr Jean-Bernard Daeppen (Lausanne)

L'entretien motivationnel (EM) connaît une propagation très rapide dans le domaine de la santé. Aux États-Unis, c'est l'approche de référence de la prévention et du traitement des addictions. Cette diffusion a été souhaitée par ses concepteurs, William Miller et Steve Rollnick. Depuis sa création au début des années 1990, les preuves se sont accumulées de l'efficacité de l'EM comme prévention et comme traitement d'un grand nombre de comportements influençant la santé et d'addictions, preuves d'efficacité particulièrement fortes lorsque l'EM est pratiqué dans le domaine de la santé. Sa diffusion rapide explique également les dérives dans sa pratique. Cette présentation a pour objectif de rappeler que l'EM :
- n'est pas basé sur le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente ;
- n'est pas une technique ;
- ne se résume pas à l'utilisation de la balance décisionnelle ;
- n'est pas non plus un feed-back ;
- n'est pas non plus une thérapie cognitivo-comportementale ;
- n'est pas une approche facile ;
- n'est pas précisément ce que vous êtes en train de faire ;
- n'est pas non plus la panacée ;
- souvent, ne suffit pas.

14 h 40

***Traitement du syndrome de sevrage alcoolique : quoi de neuf ?***
Dr Corinne Dano (Angers)

Le syndrome de sevrage alcoolique est le plus souvent d'intensité limitée et sans complication chez les alcoolo-dépendants. Seuls 10 à 20 % des patients nécessiteraient une prise en charge dans le cadre d'un sevrage thérapeutique s'inscrivant alors dans un projet de soins.
Afin de répondre aux objectifs du sevrage thérapeutique, la prise en charge relève d'une intervention médico-psychosociale graduée. L'orientation vers les soins les plus adaptés se fait avec l'accord motivé du patient préalablement informé.
Dans la majorité des cas, le sevrage ne requiert pas de traitement pharmacologique. Lorsque celui-ci est nécessaire, il utilise en première intention les benzodiazépines, en privilégiant les molécules à demi-vie longue sur une durée limitée et en y associant la prescription systématique de vitamine B1. Les autres traitements associés sont à adapter à l'état clinique et biologique.

15 h 05

***RPC alcool 2014 : point méthodologique***
Pr François Paille (Nancy)

La prise en charge des conduites d'alcoolisation repose sur trois éléments : les données scientifiques de la médecine basée sur les preuves, l'expérience clinique et les souhaits des patients.
Les données scientifiques sont fournies par les études publiées dans la littérature. Ce sont les preuves les plus solides. Elles ne répondent pas à toutes les questions qui se posent en pratique. Dans ce cas, un accord d'experts permet de proposer une stratégie pertinente. Enfin, la personnalisation à un sujet donné en fonction de ses spécificités propres et de ses souhaits est importante.
Le mésusage d'alcool est très fréquent en France. Ses formes les plus graves provoquent de nombreux dommages médicaux, psychologiques et sociaux. Il est responsable de 49 000 décès par an. La complexité des situations, la diversité des comorbidités et la multiplicité des approches thérapeutiques rendent particulièrement difficile la structuration d'une approche rationnelle et efficiente.
Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sont des propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et aussi les patients à mettre en place les soins les plus appropriés dans des circonstances données. Il s'agit de synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un moment donné. La SFA a élaboré il y a maintenant près de 15 ans des recomman-

dations qu'il convient d'adapter compte tenu de l'importante évolution de l'alcoologie ces dernières années.

L'élaboration de RPC nécessite plusieurs étapes et acteurs.

Les acteurs :

- le comité d'organisation est chargé de créer les conditions de bonne réalisation de ces recommandations ;
- le groupe de travail, de 15 à 20 personnes, est chargé de rédiger les recommandations à partir de la revue systématique de la littérature ;
- le groupe de lecture (30 à 40 personnes) donne un avis sur le fond et la forme de la version initiale de ces recommandations.

Les étapes :

- après réalisation d'une synthèse la plus exhaustive possible de la littérature et en s'appuyant sur des recommandations internationales existantes, comme celles du NICE, le groupe de travail écrit une première version des recommandations ;
- le groupe de lecture apporte ses critiques, commentaires et suggestions sur ces propositions ;
- le groupe de travail rédige la version finale prenant en compte tout ou partie des recommandations du groupe de lecture ;
- ces recommandations sont ensuite diffusées vers leur cible, en particulier les médecins généraliste et bien sûr les addictologues.

Les nouvelles recommandations de la SFA devraient être disponibles à la fin du premier semestre 2014.

15 h 30

### *Conclusions Réduction des dommages en alcoologie*

Pr Henri-Jean Aubin (Villejuif)

La consommation d'alcool est responsable d'environ 49 000 morts par an en France. L'alcool est l'un des tous premiers facteurs de risque évitables en santé publique. Toute réduction de la consommation d'alcool est susceptible d'entraîner une réduction de la mortalité. La nature exponentielle de la relation entre la consommation d'alcool et la mortalité toutes causes fait que, pour une même réduction de consommation, l'effet bénéfique sera d'autant plus important que la consommation de base était élevée. La consommation excessive d'alcool a également un impact important sur les plans économique et social, avec notamment une souffrance de l'entourage majeure, mais difficile à mesurer.

Malgré la connaissance ancienne de l'effet délétère de la consommation d'alcool sur l'individu et sur la société, une proportion étonnamment faible des personnes en souffrance bénéficie d'un traitement. Le refus de s'engager dans l'abstinence est la première raison pour laquelle les personnes en souffrance avec l'alcool ne vont pas vers les soins. Des études déjà anciennes ont montré que, parmi les patients qui se présentent dans un centre de soins spécialisé en alcoologie, environ la moitié ne souhaite pas s'engager vers l'abstinence, mais vers une réduction de la consommation. Cependant, il est habituel que l'objectif de consommation des patients change rapidement dans le temps, dans un sens comme dans l'autre. Il apparaît donc important de ne pas rebuter nos patients en leur imposant un objectif qu'ils ne sont pas disposés à accepter. Au contraire, une approche centrée sur le patient (plutôt que sur les convictions du thérapeute) paraît plus efficace sur le plan motivationnel.

L'une des raisons qui ont longtemps poussé les alcoologues à n'envisager que l'abstinence a été la conviction que le contrôle de la consommation est définitivement perdu chez les patients alcoolo-dépendants et que la modération durable est un leurre. Mais ceci n'est pas confirmé par les essais cliniques ou les données épidémiologiques. Une approche moins rigide de la part des alcoologues, approche qui intégrerait un objectif de réduction des dommages comme alternative à l'abstinence, serait susceptible de permettre à un plus grand nombre de personnes en souffrance d'accepter de se tourner vers les soins et aurait sans doute un impact significatif en termes de santé publique.

## Communications affichées

### *Rôle du produit à l'adolescence. De la prévention au soin*

Mme Carla Bartoloni (Paris)

Je m'occupe de jeunes adolescents pour lesquels la demande de soins est effectuée par les parents ou les services sociaux. Il n'y a donc pas de demande spontanée de la part du jeune adolescent. Et nous pouvons parler là d'une forme de prévention.

Les chances de réussite pour que cette demande devienne celle du jeune adolescent après appropriation dépendent de la réussite de la relation entre eux et moi.

Certains jeunes sont réceptifs à cette relation assez rapidement, d'autres bouleverseront le cadre de plusieurs façons : en venant en retard, en demandant de déplacer le rendez-vous, en arrivant à la fin de l'heure proposée ou même en parlant de ce qui leur tient vraiment à cœur seulement à la fin de l'entretien, juste avant de partir. Dans les deux cas, la baisse de la consommation, voire même l'arrêt sont compliqués.

Le produit a fonction de symptôme, et le jeune adolescent semble faire plus confiance aux capacités d'apaisement chimiques qu'à ses propres capacités mentales pour s'apaiser, se rassurer, se consoler.

Toutefois, la relation thérapeutique est souvent possible, même si elle prend toutes les formes, comme être utilisée tel un produit qu'on peut manipuler, si on se réfère aux entorses faites au cadre, telles que je les décrivais plus haut.

Si le soin thérapeutique est enclenché, reste le sevrage à effectuer. De la prévention au soin – dans cette phase, le soin est une forme de prévention –, il faut alors poser la question en termes de "du soin préventif au sevrage" : parfois, si le sevrage ne se réalise pas, le soin permet d'éviter des dépendances plus graves (héroïne), des prises de risque plus importantes (Sida).

### *L'impact de la formation au RPIB sur les pratiques professionnelles*

Mme Catherine Occhipinti (Vichy)

Une formation au Repérage précoce et intervention brève (RPIB) a été proposée à des soignants intervenant à domicile. Cette formation

a été mise en place et financée par le Réseau d'addictologie de l'Allier. Elle est soutenue par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et le Centre hospitalier Jacques Lacarin de Vichy.

La formation s'est déroulée sur deux sessions de deux heures chacune, à deux semaines d'intervalle, dans les locaux du Centre hospitalier de Vichy. Elles ont été dirigées par le Chef du service de l'Unité d'addictologie, le Dr Nguyen, et co-animées par quatre infirmières du service. À la fin de chaque session, il a été demandé aux participants de remplir un questionnaire d'évaluation de satisfaction.

L'objectif est de permettre aux participants d'acquérir des connaissances théoriques sur la problématique de l'alcool, en abordant l'épidémiologie, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, le mésusage. Il leur a été remis des outils pour aider à repérer les personnes en difficulté avec l'alcool.

À l'issue de la première session, une discussion est ouverte pour recueillir les expériences et situations rencontrées par les participants lors de leurs activités professionnelles. Ces cas concrets ont été utilisés pour la seconde session, par des jeux de rôles pour mettre en pratique l'enseignement du RPIB.

À distance de quelques mois, les participants ont reçu par courrier un questionnaire qui a permis d'évaluer l'impact de la formation au RPIB sur la pratique professionnelle du soignant.

56 questionnaires ont été envoyés, 36 ont été recueillis. L'analyse globale de l'ensemble des résultats met en évidence une sensibilisation aux problèmes liés aux consommations excessives par une volonté du soignant à ouvrir le dialogue et offrir à son patient une meilleure écoute.

### *Alcool, personnalité et stratégies d'adaptation* (coping) *selon le genre*

M. Aurélien Ribadier, Pr Isabelle Varescon (Boulogne-Billancourt)

Introduction : actuellement, l'étude de la personnalité chez les personnes alcoolo-dépendantes privilégie les aspects dimensionnels. Néanmoins, l'absence de profil type indique la nécessité de prendre en compte d'autres facteurs comme, notamment, les stratégies d'adaptation (ou *coping*) et le genre. Le but de cette recherche est, par conséquent, d'étudier ces caractéristiques afin d'améliorer les prises en charge.

Méthode : l'étude est multicentrique (deux CHU, un CSAPA et une clinique spécialisée) et a obtenu un avis favorable d'un comité éthique. 61 personnes alcoolo-dépendantes (22 femmes et 39 hommes) ont répondu à un questionnaire évaluant les caractéristiques sociodémographiques et les éléments liés au parcours de consommation. Les stratégies d'adaptation (ou *coping*) et la personnalité ont été évaluées à travers des questionnaires validés en français : le *Brief Cope* et le *Big Five Inventory*.

Résultats : les femmes alcoolo-dépendantes sont significativement plus âgées et consomment plus tardivement que les hommes ($p < 0,05$). Les résultats au *Brief Cope* montrent que les femmes utilisent significativement moins la réinterprétation positive et plus le déni que les hommes ($p < 0,05$). Aucune différence significative n'est relevée au niveau de la personnalité. Des relations significativement différentes en fonction du genre entre les stratégies d'adaptation et les dimensions de personnalité ont été trouvées. Ainsi, chez les femmes, le blâme est corrélé positivement au névrosisme, et la planification à l'ouverture vers l'expérience ($p < 0,01$).

Conclusion : au-delà des différences relatives au parcours de consommation en fonction du genre (âge de consultation et début de consommation plus tardifs), cette étude indique des différences significatives dans l'utilisation des stratégies d'adaptation. Les relations significatives relevées, notamment selon le genre, entre la personnalité et le *coping* pourraient nous permettre d'apporter des éléments de compréhension et d'amélioration spécifiques aux prises en charge destinées aux femmes.

### *Troubles cognitifs modérés et alcool, dépistage et suivi par la MoCA*

Dr Michaël Szprync, Dr Frank Questel, Dr Éric Hispard, Dr Florence Vorspan, Pr Frank Bellivier (Paris)

Contexte : la MoCA (*Montreal Cognitive Assesment*) est un questionnaire d'évaluation cognitive d'utilisation rapide et simple. Elle est connue pour mieux dépister les troubles cognitifs modérés (*mild cognitif impairment*) que le MMSE. Elle n'a jamais été utilisée dans une population d'alcoolo-dépendants.

Objectif : tester la faisabilité et les propriétés de la MoCA dans une population de patients alcoolo-dépendants.

Méthode : 127 patients alcoolo-dépendants, hospitalisés pour sevrage de l'alcool dans le Service de médecine addictologique de l'Hôpital Fernand Widal, ont été testés entre janvier et juillet 2012, puis suivis pendant trois mois avec une autre MoCA six semaines après l'hospitalisation.

Résultats : 33,3 % des patients présentaient un score pathologique (< 26). Le score à la MoCA était significativement lié à l'âge ($r = -0,19$ ; $p = 0,036$) et au niveau socio-éducatif ($r = 0,35$ ; $p < 0,001$). Aucun paramètre de consommation testé (ancienneté des consommations, fréquence, quantité) n'étaient liés aux performances cognitives. À six semaines, les patients retestés avaient de meilleures performances à la MoCA (27,7 [26,99-28,41] à six semaines contre 25,9 [25,33-26,47] pendant l'hospitalisation), cette amélioration étant liée au niveau socio-éducatif ($r = -0,278$ ; $p = 0 040$). À tois mois, 39,3 % des patients sont restés complétement abstinents à l'alcool. L'ancienneté des consommations ($\beta = 0,280$ ; $p = 0,002$) et le maintien d'un emploi ($\beta = 0,280$ ; $p = 0,002$) ont été des facteurs de maintien de l'abstinence.

Conclusion : les patients alcoolo-dépendants ont un déclin cognitif global. Ces performances cognitives ont tendance à s'améliorer en six semaines. La MoCA est donc "sensible au changement", ce qui peut être un effet de l'abstinence ou de l'apprentissage.

### *La course à pied, un outil thérapeutique de prévention en addictologie*

Dr Pascal Thieghem (Aulnay-sous-Bois)

Débuté en 2011 sur Aulnay et soutenu par le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie d'Aulnay et l'association CERCA (Cercle d'étude et de réflexion sur les conduites addictives), puis depuis 2012 par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanie, ce projet a considérablement évolué.

Cet outil thérapeutique novateur touche chaque année plus de patients, avec en 2013 15 % de la file active du CSAPA, ciblant l'en-

semble des produits addictifs. C'est aussi un outil de prévention en direction des milieux sportifs, qui a vu son action s'étendre sur l'ensemble de l'année en 2013.

Ainsi, nos coureurs, portant leur maillot vert (floqué du slogan "l'indépendance c'est d'abord vivre sans dépendance") ont foulé l'asphalte du semi-marathon de Paris, de Saint-Witz, du marathon de Paris et du Val-de-Marne, du 10 km de Vincennes, d'Odyssea, d'Aulnay et du trail de Verneuil,

Notre action de prévention a pour objectif de montrer que les patients addicts sont des gens responsables, autonomes, sachant travailler en équipe, et aptes à respecter un objectif. Elle donne une nouvelle image positive de ces patients dont l'aura est ressentie d'une manière extrêmement négative, avec comme corollaire une évolution de l'image que les jeunes en difficulté avec un produit peuvent avoir d'eux-mêmes, et donc une prise de conscience plus rapide de leur problématique.

En 2013, cette vision nouvelle avec un slogan simple "l'indépendance est d'abord vivre sans dépendance" a touché plusieurs milliers de personnes. De plus, ce projet est accessible sur Internet via un site spécifique retraçant le parcours de l'équipe et donnant accès à des informations sur les produits et les structures de prise en charge.

Un dernier mot en insistant sur son action participative et collective, les patients en difficulté étant les porteurs du message de prévention.

# Notes